CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

GRANDS KYSTES DU PAROVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Avril 1904

PAR

M. Raphaël NEUVIALLE

Né le 21 novembre 1879, à Servières (Corrèze)

EX-INTERNE DES HÔPITAUX D'ALGÉRIE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . DOYEN
FORGUE . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale . . . . MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire: M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements. . . . . MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président*.	MM. VALLOIS, *agrégé*.
ESTOR, *professeur*.	JEANBRAU, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS ET AMICIS

R NEUVIALLE

AVANT-PROPOS

Le modeste travail que nous présentons comme sujet de notre thèse inaugurale nous a été confié par M. le professeur Forgue. Désireux d'acquitter envers ce Maître une dette de reconnaissance, contractée dès le début de nos études médicales, nous tenons à lui soumettre un sujet convenablement traité. Mais la question des kystes du parovaire, pour n'être étudiée que depuis un demi-siècle environ, n'en a pas moins donné lieu à une foule de travaux et d'articles importants qui rendent la tâche particulièrement difficile à celui qui voudrait écrire une revue d'ensemble sur tout ce que renferme la littérature médicale au sujet de cette variété de kystes.

Nous avons cru bien faire en nous limitant, et le titre de notre thèse « Contribution à l'étude clinique des grands kystes du Parovaire » indique notre intention de n'envisager que le côté clinique de la question en négligeant un peu ce qui a trait à l'origine et à l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Il nous faut, en outre, expliquer ce que nous entendons par l'expression « grands kystes ». Le volume d'une tumeur liquide s'apprécie généralement par la valeur quantitative de son contenu. Or, ce n'est pas cette donnée qui nous servira de point de départ. Nous appelons grands kystes tous ceux qui ont un volume suffisant pour : 1° être révélés par un examen clinique ; 2° donner lieu à une symptomatologie qui leur est propre.

Nous plaçons au début de notre travail un aperçu historique des travaux déjà publiés en France et à l'étranger sur le sujet qui nous intéresse. Nous résumons ensuite les quelques notions qui nous paraissent indispensables et qui concernent la définition, l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces tumeurs. L'étude de l'évolution des kystes du parovaire, des complications qui peuvent survenir dans le cours de cette évolution ou par son fait, nous a arrêté plus longuement. Nous nous sommes particulièrement attaché à bien étudier tout ce qui a trait au diagnostic des kystes du parovaire. Nos recherches nous ont permis de rassembler les opinions de différents chirurgiens : nous les avons groupés et nous avons pu faire un tout des divers éléments de diagnostic cités par chacun d'eux. Nous passons enfin en revue dans un dernier chapitre tous les modes de traitement appliqués aux kystes du parovaire depuis que ces tumeurs ont une existence propre.

Arrivé au terme de nos études, il nous reste un devoir agréable à remplir. Nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous les Maîtres de la Faculté de Montpellier qui se consacrent chaque jour à l'éducation des jeunes générations avec un dévouement que, seule, leur science peut égaler.

Que M. le professeur Forgue veuille bien agréer tous nos remerciements pour la bienveillance marquée qu'il nous a toujours témoignée. Pendant notre internat à l'hôpital de Relizane (Algérie), nous avons pu nous rendre compte de quelle utilité sont ses conseils et combien profitable est son enseignement. Nous le remercions encore pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur-agrégé Jeanbrau s'est montré pour nous plutôt un ami qu'un maître. Il ne nous a jamais ménagé ni

ses conseils, ni ses soins. Nous lui garderons toujours une profonde reconnaissance.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à notre camarade Mlle Erna Holzstein-Lesnitsky qui a bien voulu mettre à notre disposition pour les recherches bibliographiques sa parfaite connaissance de la langue allemande.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

GRANDS KYSTES DU PAROVAIRE

HISTORIQUE

C'est à partir de 1825 que l'on commence à connaître les kystes des ligaments larges, par le mémoire de Velpeau sur les « kystes rudimentaires extra-ovariques ».

Treize ans plus tard, Richard Bright décrit les petits kystes des ligaments larges, sans en fixer l'origine.

En 1844, les affirmations de Cazeaux firent subir un moment d'arrêt à l'étude de la symptomatologie de ces kystes. Il prétendit qu'il est impossible de les distinguer de ceux qui ont pris naissance dans l'ovaire, et qu'ils ne présentent aucun intérêt, les indications thérapeutiques restant les mêmes.

Follin, dans sa thèse de doctorat en 1850, étudie l'origine des kystes du ligament large et constate qu'ils sont formés par l'accumulation d'un liquide sécrété dans les canalicules qui forment le corps de Rosenmüller.

Bird, l'année suivante, fait leur anatomie pathologique et énonce les caractères généraux du liquide qu'ils con-

tiennent en disant « qu'il est fluide, clair comme de l'eau, d'une faible densité, salé et sans albumine ».

En 1852, Verneuil lit à la Société de Chirurgie un mémoire sur les kystes de l'organe de Wolf, dans les deux sexes.

Kœberlé publie en 1873, dans la *Gazette de Strasbourg*, deux cas de kystes des ligaments larges, qu'il était arrivé à diagnostiquer.

Panas, en 1875, au sujet de leur traitement, tente de faire adopter la méthode des ponctions. Il lit, à l'Académie de médecine, un mémoire basé sur cinq observations, dans lequel il constate la facilité avec laquelle les kystes des ligaments larges guérissent par la simple ponction.

Duplay, dans le *Progrès médical* en 1879, étudie les symptômes, les éléments de diagnostic et le traitement de ces kystes, à propos desquels Lesavre présente sa thèse inaugurale.

Tillaux publie, dans les *Annales de Gynécologie* de février 1893, une leçon clinique sur le diagnostic différentiel des kystes du parovaire.

Citons encore les thèses de Girerd (1894) dont le titre est : « Kystes du parovaire avec persistance du canal de Gartner » — celle de Laroche (1896) : « De l'inclusion des kystes dans les ligaments larges » — celle de Raimondi (1897) : « Les kystes des ligaments larges ». Nous avons lu avec le plus grand intérêt cette dernière thèse, qui constitue un travail considérable, et nous lui avons fait de nombreux emprunts.

En Angleterre, les meilleurs travaux sont ceux de Spencer Wells et de Lawson-Tait.

Matews a étudié les caractères de ces kystes sous le titre d' « hydropisie parovarique », et Doran a fait des recherches nombreuses sur leur histologie.

En Allemagne les kystes du parovarium, ont été l'objet de nombreuses études. Bornons-nous à citer les noms de Spiegelberg, Schatz, Gusserow, Schrœder, Bleckwenn qui, en 1878, en fit le sujet de sa thèse inaugurale. Olshausen insiste sur la relative facilité de leur diagnostic. Kleinwachter, en 1899 (Zeitschrift. geb. und Gyn.), publie une très intéressante observation de kyste du parovaire et fait une étude remarquable de leur évolution et de leur diagnostic. Nous avons cru devoir rapporter ses conclusions (voir ch. diagnostic).

En Amérique, nous devons une remarquable étude à Washington Atlee. Le traitement des kystes du parovaire par énucléation fut proposé au congrès de Philadelphie par Julius T. Miher. Dans l'*Améric. J. of Obs.* (1888) Goodell étudie ces tumeurs et donne au sujet de leur diagnostic des conclusions que nous rapportons aussi.

En Suisse, Kocher insiste sur le diagnostic des kystes parovariques dans un article intéressant.

En Belgique enfin, nous signalerons un mémoire important de Depage.

DÉFINITION ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La variété de kystes dont nous entreprenons l'étude clinique, a reçu la désignation habituelle de kystes du parovarium ou de l'organe de Rosenmüller, parce que leur lieu d'origine évident dans le ligament large, où ils sont inclus, correspond assez exactement au siège de ces vestiges embryonnaires. Toutefois on ne saurait admettre que tous les kystes du ligament large à paroi mince et à contenu transparent, proviennent toujours du parovaire. Doran a observé des pièces contraires à cette théorie. Nous croyons bien faire en rapportant ses conclusions. Pour lui :

A) Les grands kystes papillomateux du ligament large, analogues à ceux de l'ovaire, naissent évidemment des tubes verticaux du parovarium, reste du corps de Wolf.

B) Les kystes à parois minces ont une origine toute différente : une variété de petits kystes séreux à parois minces, tapissées de cellules plates, ressemblant à un épithélium se développent :

1° Aux dépens du tissu conjonctif sous-péritonéal, interposé aux feuillets du ligament large — ils sont fréquents ;

2° Une autre espèce est sous-jacente aux feuillets de la trompe — c'est une rareté.

C) Il existe encore une variété de kystes développés aux dépens de la portion la plus externe du parovarium, appelée conduit de Kobelt. Mais, à leur origine, ils sont généralement en dehors du parovarium. Les uns commencent vers la racine de la frange tubaire ou ligament tubo-ovarien ; les autres, au contraire, naissent au voisinage de l'extrémité ovarique de ce ligament.

Doran conclut avec Kilian (*Arch. für gyn.*, 1885) : « Pour établir l'origine parovarique d'un kyste, il est important de déterminer non seulement la structure anatomique, mais son siège par rapport à la trompe. »

Terrillon, dans les *Annales de gynécologie* (1885, p. 428), écrit : « Nous admettons volontiers que les ligaments larges puissent être le siège de tumeurs kystiques d'origine multiple et de différente nature, reconnaissant, toutefois, que l'espèce la plus fréquente est celle à liquide limpide, non filant, pour laquelle nous proposons de réserver, à l'exemple de Bantock, Bird, Duncan, Duplay, le nom de parovarique, c'est-à-dire né du parovaire ou de l'organe analogue appelé corps de Rosenmüller. Ce sont les kystes séreux du ligament large. »

Pour nous, qui avons dirigé nos recherches dans un sens plutôt clinique, nous laisserons de côté la question embryologique et, tout en reconnaissant le bien fondé des observations que nous rapportons ci-dessus, nous dirons avec Pozzi (*Traité de gyn.*, 1897, p. 803) : « Il convient d'adopter l'expression consacrée par l'usage de kystes parovariens, pour désigner les kystes de la région de l'ovaire, indépendants de cet organe, que l'on trouve indemne à côté de la poche, soit dans son voisinage immédiat, soit séparé d'elle par un repli ligamentaire ; seulement le mot de kyste parovarien doit s'entendre dans le

sens de kyste tangent à l'ovaire plutôt que dans le sens de kyste du parovarium.»

Nous adopterons de même, pour la rapide étude anatomo-pathologique que nous allons donner, la division de ces kystes en deux variétés, division proposée par Pozzi et généralement acceptée. La première variété, la plus fréquente, comprend les kystes parovariens hyalins, — l'autre, plus rare, les kystes parovariens papillaires. Faisons remarquer que pour Doran, ces kystes papillaires proviendraient du parovaire et mériteraient seuls le nom de parovariens.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. *Kystes parovariens hyalins.* — Il nous faut étudier : 1° la poche ; 2° le contenu.

I. — Les kystes parovariens hyalins sont en général uniloculaires, si l'on fait abstraction bien entendu des très petites cavités secondaires, dont les dimensions ne dépassent guère celles d'une graine de chenevis, et que l'on peut trouver en les recherchant avec soin dans la paroi. Néanmoins on peut citer de nombreuses exceptions. Le cas le plus remarquable semble avoir été rapporté par Lawson-Tait (*Edin. Medic. Jour.*, juillet-août 1889). Le kyste opéré par ce chirurgien se composait de six sacs accolés, et, d'après lui, Spencer-Wells aurait opéré un kyste biloculaire. Nous citons de même à la fin de notre travail une observation de kyste biloculaire dont l'intérêt est encore doublé par la torsion du pédicule.

La poche des kystes parovariens hyalins est remarquablement mince, cependant elle présente quelquefois une différenciation très nette en trois couches : l'externe et l'interne fibreuses, la moyenne formée de tissu conjonctif lâche. Spiegelberg a trouvé dans quelques cas des fibres musculaires lisses, mais, exagérant la valeur de leur présence au point de vue diagnostic, il voulut en faire un signe pathognomonique des kystes du ligament large. Ses affirmations furent combattues par de Sinety qui constata la présence de ces mêmes fibres dans la paroi de quelques kystes de l'ovaire. La poche, d'un blanc mat, tirant sur le vert, est recouverte sans adhérence par les feuillets du ligament large dans tous les points où elle n'est pas en contact immédiat avec les parois du pelvis ou avec les organes voisins. Le kyste est parfois pourvu d'un large pédicule, par suite d'une élongation du ligament large. Quand il est sessile, il est assez lâchement uni aux parties voisines ; cependant, à la suite d'un processus inflammatoire antérieur, des adhérences peuvent s'établir avec les organes voisins, point de départ des plus graves complications que nous étudierons avec quelques détails dans les pages suivantes. La trompe est accolée à la surface du kyste par suite du dédoublement de l'aileron tubaire et l'ovaire est rejeté sur le côté externe. Notons que Pozzi a indiqué la possibilité de sentir ces deux organes par le toucher vaginal et de poser ainsi un diagnostic ferme de kyste du parovaire avant toute intervention. La surface interne de la poche est lisse et tapissée d'un épithélium à cils vibratiles, qui peut être combiné à l'épithélium cylindrique ordinaire.

II. — Quand on ponctionne un kyste hyalin du parovaire, et que le contenu n'en a pas été altéré par un pro-

cessus infectieux ou hémorragique, on est frappé par la transparence du liquide que tous les auteurs sont unanimes à comparer à de l'eau de roche. Quand, au contraire, des hémorragies se sont produites à l'intérieur du kyste, ou que son contenu est devenu purulent, toutes les nuances de coloration ont été notées, depuis le jaune verdâtre caractéristique de la transformation purulente, jusqu'aux teintes les plus foncées des liquides hemorragiques. A son état normal, le liquide n'est pas filant et ne précipite pas par la chaleur, car il ne contient pas d'albumine. Néanmoins, il doit y avoir quelques exceptions à cette règle. Nous rapportons en effet deux observations recueillies dans le service de M. le professeur Forgue et publiées par MM. Abadie et Moitessier : l'analyse chimique, minutieusement faite, a révélé dans un cas une notable proportion d'albumine. Il en était de même dans une autre observation prise également dans le service de M. le professeur Forgue et publiée par MM. Jeanbrau et Moitessier (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, février 1900). Le kyste parovarique contenait 23 litres de liquide albumineux. Pour en terminer avec la composition chimique du liquide des kystes du parovaire, nous ajouterons que leur réaction est alcaline et qu'ils contiennent toujours une assez forte proportion de chlorures.

B. *Kystes parovariens papillaires.* — Les caractères différents, au point de vue anatomo-pathologique, des kystes parovariens papillaires sont dus à la présence de végétations sur la paroi interne de leur poche. Grâce à ces végétations, le contenu liquide est très modifié, il devient visqueux en même temps qu'albumineux et diversement coloré par des extravasations sanguines, anciennes ou récentes. Les kystes de cette variété se développent de préférence vers la cavité abdominale en se formant

au pédicule par élongation des feuillets du ligament large. La conséquence la plus immédiate en est une mobilité relativement considérable de la tumeur. Cette mobilité excessive a été, dans un cas, mise en cause par Quénu (*Revue de Chirurgie*, 1890, p. 46), pour expliquer la présence d'une ascite considérable accompagnant un kyste du parovaire.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des kystes du parovaire, c'est-à-dire l'étude des diverses causes qui déterminent dans certaines parties du ligament large un processus quelconque aboutissant à la formation de ces tumeurs, ne saurait nous arrêter longtemps. Les auteurs sont loin d'être d'accord sur cette question et si, les cas sont nombreux où un facteur tel que : grossesse ou inflammation préalable des annexes, a pu avec quelque apparence de raison être invoqué par un ou plusieurs chirurgiens pour expliquer la formation d'un kyste parovarien, il n'en reste pas moins vrai que plus nombreux encore sont les cas où la même explication ne saurait être fournie. Bon nombre de femmes ont eu dans leur vie génitale et des grossesses et des poussées inflammatoires du côté des annexes (causes le plus souvent admises comme déterminant la formation de kystes parovariens) qui n'ont jamais présenté la moindre trace de ces tumeurs. Il nous faut donc admettre que pour les kystes du parovaire, comme d'ailleurs pour la plupart des tumeurs, nous nous heurtons encore à une inconnue que ni l'embryologie, ni la clinique ne sont près de dégager.

Ces réserves acquises, il nous faut écrire que dans quelques cas une inflammation antérieure des annexes semble bien avoir été le point de départ évident de la tu-

meur. Nous avons eu l'occasion de lire une observation de Kleinwachter qui nous a paru intéressante à un double point de vue. En premier lieu le kyste s'est développé chez une femme venant d'accoucher depuis trois semaines : la grossesse n'avait présenté rien de bien particulier et, bien que l'accouchement ait paru se faire dans les conditions les plus normales, un état général grave avec frissons et température, symptomatique d'une infection assez intense du côté de l'utérus et des annexes, persista assez longtemps et évolua avec la tumeur à ses débuts. L'observation est encore intéressante en raison des difficultés du diagnostic et des éléments sur lesquels Kleinwachter s'est appuyé pour le poser définitivement.

Prenant comme point de départ les recherches de Follin qui a trouvé chez les femmes mortes en couches, l'organe de Rosenmüller rouge et tuméfié, de nombreux auteurs citent la grossesse au nombre des causes déterminantes des kystes du parovaire. Nous ferons à son sujet les mêmes réserves que pour l'inflammation préalable des annexes.

Age. — C'est en général entre 25 et 50 ans qu'apparaissent les kystes du parovaire. Néanmoins cette loi n'a rien d'absolu et il n'est pas rare de rencontrer ces tumeurs avant 25 ans ou bien après 50. Kœberlé cite une malade de 15 ans, Lawson-Tait une de 11 seulement.

Dans une observation que nous rapportons, la malade n'était âgée que de 15 ans. Parmi les plus âgées, citons deux malades de Terrillon (*Ann. de Gyn*, 1885, p. 435), l'une âgée de 51, l'autre de 70 ans.

Schramm a présenté un kyste parovarien enlevé à une femme de 73 ans. Enfin une malade de M. le professeur Forgue était âgée aussi de 73 ans.

Fréquence. — A mesure que les interventions, devenues

plus inoffensives, ont permis d'établir les statistiques chirurgicales sur des bases plus solides, les auteurs en sont arrivés à considérer les kystes du parovaire comme relativement fréquents. Ainsi :

Trelat, en 1882, disait que les kystes parovariens étaient aussi rares que les kystes dermoïdes.

Péan, en 1895, sur 673 ouvertures de l'abdomen faites pour des kystes, en a vu 59 dans le ligament large, soit une proportion de 8,6 0/0.

Pozzi rapporte, en 1897, la statistique de Olshausen comme se rapprochant le plus de la réalité. Ce dernier les a rencontrés 32 fois sur 281 ovariotomies, soit une proportion de 11,3 0/0.

C'est en somme à cette moyenne qu'il faut s'arrêter et dire qu'en chiffres ronds les kystes du parovaire sont à ceux de l'ovaire comme 1 est à 10.

MARCHE ET SYMPTOMATOLOGIE

La lenteur d'accroissement des kystes du parovaire et leur faible retentissement sur l'état général de la femme sont les deux points à dégager de la symptomatologie de ces tumeurs.

Dans presque toutes les observations que contient la littérature médicale, le début est insidieux, à moins que la malade ne présente des troubles concomitants qui font égarer le diagnostic. Quand nul phénomène inflammatoire n'attire l'attention de la femme ou du praticien dans la zone génitale, le kyste se révèle par un accroissement de volume du ventre. C'est là le premier et quelquefois longtemps le seul signe révélant la présence de la tumeur. Il est donc assez malaisé à la femme de fixer d'une manière précise le début de l'évolution de son kyste. Tout cela est une affaire de paroi abdominale plus ou moins résistante ou plus ou moins chargée de graisse. Cette première étape franchie, nous voulons dire la tumeur révélée par un accroissement marqué du ventre, comment va-t-elle se comporter ? Elle le fera de deux façons différentes : 1° elle continuera à grossir régulièrement, progressivement, jusqu'à ce que la femme, inquiète ou fatiguée par le poids de sa tumeur, se rende chez un chirurgien ; c'est là l'exception ; 2° le plus souvent le ventre grossit par pous-

sées successives, séparées par des intervalles de repos parfois assez longs. Chaque poussée s'accompagne de phénomènes douloureux ou de retentissement marqué du côté du péritoine. A quoi sont dues ces poussées d'accroissement ? A deux causes agissant soit isolément, soit en combinant leurs effets et qui sont d'abord : toutes les inflammations de voisinage, et en second lieu les hémorragies qui se font à l'intérieur du kyste. Péan a cru voir en outre des conditions d'âge dans l'accroissement des kystes du parovaire, puisqu'il écrit : « Un fait à remarquer, c'est que pendant la jeunesse et après la ménopause, la marche est rapide. » Bien des faits peuvent infirmer cette théorie ; nous n'en voulons pour témoin que deux cas de Castenada : il vit une femme de 50 ans qui souffrait depuis 9 ans et une jeune fille chez qui les symptômes semblaient dater de 8 ans.

Un point nous reste acquis : c'est qu'en dehors de ces poussées d'augmentation de volume, la marche des kystes du parovaire est lente. Voyons maintenant de quels phénomènes elle s'accompagne.

A) La douleur est un signe sur lequel la malade attire toujours l'attention du chirurgien. Au début, elle est peu vive et sans irradiations nettes, excepté peut être dans la région lombaire. C'est plutôt une sensation de gène, de pesanteur vers le périnée que provoque le kyste. Plus tard elle change de caractère suivant l'évolution pelvienne ou abdominale de la tumeur : elle est plus accentuée de beaucoup dans le premier cas à cause de la compression exercée sur le plexus sacré. Les irradiations sont plus fortes non seulement dans les lombes, mais encore dans les membres inférieurs.

B) La menstruation paraît n'être que peu influencée par la marche du kyste. Cependant, dans quelques cas, on

a noté de l'irrégularité dans les règles, qui deviennent douloureuses et peuvent s'accompagner de pertes blanches.

C) Les phénomènes de compression existent presque toujours à un degré plus ou moins marqué. Ils portent : 1° sur l'appareil urinaire ; 2° sur le gros intestin.

1° La compression de la vessie détermine dans la miction des altérations variables. On peut observer tous les degrés depuis les besoins fréquents d'uriner jusqu'à l'incontinence complète. La rétention d'urine avec ou sans regorgement est fréquente ; ses conséquences : dilatation des uretères et du bassinet, hydronéphrose, urémie, sont des plus graves. On a observé la compression directe de l'uretère qui, se dilatant en amont de l'obstacle, peut acquérir un volume énorme et déterminer l'urémie soit sous sa forme aiguë, soit sous sa forme chronique.

2° La compression du gros intestin en particulier de l'S iliaque et du côlon, plus rarement du rectum, produit une constipation quelquefois très rebelle.

On a encore noté divers troubles gastriques tels que digestions pénibles, vomissements, etc..., dus très probablement à des actions réflexes dont le point de départ serait dans des compressions nerveuses lorsque le kyste a atteint un certain volume.

Mais comme tous ces troubles ne se rencontrent pas souvent réunis chez la même malade, et étant donné, d'autre part, la lenteur d'évolution des kystes du parovaire, il s'ensuit que la femme conserve, comme nous le disions en tête du chapitre, un état général assez bon, à moins de complications qui vont faire le sujet du prochain paragraphe.

COMPLICATIONS

Les complications des kystes du parovaire sont variées. Citons en premier lieu la coexistence d'une autre tumeur: kyste de l'ovaire, fibrome, pyo-salpinx, grossesse. Nous n'envisagerons pas cette éventualité, la jugeant un peu en dehors du cadre de notre travail, et nous ne nous attacherons qu'aux complications vraiment dépendantes des kystes du parovaire.

A. *Torsion du pédicule.* — Le pédicule du kyste a, dans quelques cas (nous en rapportons), été trouvé tordu 3 et 4 fois. Cette complication est grave non seulement par les phénomènes douloureux qu'elle détermine, mais encore et surtout par ce fait qu'elle peut amener la gangrène des parois du kyste. Si la torsion ne va pas jusque là, elle provoque néanmoins des poussées de péritonite avec formation d'adhérences qui compliquent singulièrement l'intervention.

B. *Purulence du contenu.* — Il n'y a pas très longtemps que les auteurs admettent la possibilité de trouver un kyste parovarique à contenu purulent. Castaneda n'en avait jamais vu, et le premier cas, présenté par Izenard (*Progrès médical*, 1876, p. 131) paraît avoir rencontré pas mal d'incrédules. Cependant quelques exemples très nets ont été produits depuis et qui montrent toute la gravité

de cette complication, laquelle s'accompagne toujours de symptômes généraux (frissons, température, douleur) très marqués. La mise en scène la plus dramatique nous est rapportée par le docteur Mourel (de Nemours) dans la *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie* de mai 1895. Il décrit un kyste parovarique suppuré à évolution rapide, avec septicémie puerpérale, péritonite infectieuse aiguë, méningite infectieuse, abcès lymphangitique — guérison après laparatomie. Nous en rapportons une observation dont l'intérêt est tout différent : la malade n'a jamais présenté de phénomènes généraux bien graves : il est vrai que le pus de son kyste était aseptique.

C. *Rupture.* — On connaît quelques cas de rupture de kystes de parovaire : mais cette complication, quoique très grave, n'est pas forcément mortelle lorsque le contenu du kyste est limpide. Demons (*Gaz. hebd. des Sc. de Bordeaux*) écrit « que la rupture des kystes contenant un liquide clair comme les kystes du parovaire, est moins grave que celle des kystes de l'ovaire à contenu sanguin et purulent et qu'elle amène parfois la guérison définitive ». Une malade de Gairdner (*Brit. Medic Jour.*, 1876), qui portait un kyste volumineux, vit la disparition subite de sa tumeur, avec sensation d'épanchement de liquide dans l'abdomen. L'épanchement, qui ne fut suivi d'aucun accident inflammatoire, se résorba rapidement. A la mort, survenue seize mois plus tard, l'autopsie montra un kyste parovarique uniloculaire, flasque, complètement vide ; gonflé il atteignait le volume d'une tête de fœtus. Raimondi écrit que pareil fait serait arrivé à Lannelongue, mais il ajoute que le premier cas de rupture de kyste du parovaire, observé et rapporté par Bright, fut suivi de mort immédiate.

D. *Hémorragie.* — C'est un fait assez commun que

de voir des hémorragies se faire à l'intérieur d'un kyste. Nous l'avons même signalé comme une des causes de l'accroissement rapide de la tumeur. Lorsque l'hémorragie est peu considérable, elle s'arrête seule et ne cause pas grand préjudice à l'état général de la femme. Mais par contre,on a signalé des cas où l'abondance de l'hémorragie fut telle qu'elle amena la syncope et la mort rapide de la femme.

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes du parovaire varie suivant que l'on a affaire à une tumeur évoluant sans aucune des complications que nous venons d'énumérer, et suivant le traitement que l'on dirige contre elle.

Nous pensons comme Kœberlé : « De toutes les tumeurs abdominales à contenu liquide, les kystes parovariques présentent le moins de danger au point de vue du traitement. » (*Gaz. méd.,* Strasbourg, n° I, p. 1.) Si Terrillon n'est pas entièrement de cet avis, cela tient au fait suivant, qu'il a eu souvent l'occasion de remarquer : après la ponction, la récidive se fait longtemps attendre dans les kystes du parovaire. Il en conclut que, par cela même, le chirurgien et la malade peuvent se laisser aller à une sécurité trompeuse et que le pronostic s'en assombrit d'autant. Avec le traitement actuel par l'ablation, de pareilles réserves ne doivent plus être formulées.

En présence de la lenteur d'évolution d'un kyste du parovaire, de son faible retentissement sur l'état général et les fonctions génitales de la femme, en présence encore du peu de risques courus du fait de l'intervention chirurgicale actuelle et de la prompte et définitive guérison qui en résulte, nous admettons que, pour ces tumeurs, le pronostic est relativement bénin. Il va sans dire qu'il devient beaucoup plus grave dans le cas de complications

ou lorsque la tumeur est abandonnée à elle-même. Cependant, la mort n'est pas une résultante forcée de cet abandon du kyste ; quelques découvertes d'autopsie donnent à présumer que des femmes ont porté fort longtemps des tumeurs de cette nature sans en être par trop incommodées.

DIAGNOSTIC

Depuis que les kystes du parovaire sont entrés avec une individualité propre dans le domaine de la clinique, bon nombre de chirurgiens ont recherché par quels signes il était possible d'établir un diagnostic ferme de ces tumeurs et de les différencier d'avec les kystes de l'ovaire, avec lesquels elles ont été si souvent confondues. Pareille erreur n'entraîne évidemment aucune conséquence fâcheuse thérapeutique, et peut-être faut-il voir là une des causes pour lesquelles elle a été souvent commise ; néanmoins, le fait seul qu'elle pourrait être quelquefois évitée nous a engagé à porter le plus grand soin à la rédaction de ce chapitre. La littérature médicale ne compte que bien peu d'observations de kystes du parovaire diagnostiqués avant l'intervention. M. le professeur Forgue en ajoutera une. Nous avons le regret de ne pouvoir publier cette observation, encore inédite, mais, en élève reconnaissant de ce maître, nous sommes heureux de rapporter ce fait. Il nous a paru utile de passer en revue l'opinion de quelques chirurgiens au sujet du diagnostic des kystes du parovaire.

Terrillon (*Annales de gynécologie*, 1885, p. 432) : « Le diagnostic avec les kystes de l'ovaire n'est pas très difficile. J'ai pu, dans trois cas, préjuger de la nature du kyste par les caractères suivants : développement lent,

état général bon, et surtout réflétion médiane de la poche, qui était peu tendue. En résumé, lorsqu'un kyste sera trouvé chez une femme jeune bien portante, que le liquide obtenu par la ponction sera clair, limpide, non filant, on aura le droit de croire à un kyste parovarique, mais rien ne pourra permettre d'affirmer l'exactitude absolue du diagnostic avant d'avoir pratiqué l'analyse du liquide. »

Kœberlé (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1886) : « Le diagnostic des kystes parovariques se fonde : 1° sur la bonne mine des malades, ordinairement assez grasses ; sur le développement lent de la tumeur, sur la fluctuation, très manifeste, à moins que la tumeur ne soit petite et la malade très grasse, sur la fixité relative de la matrice, parce que les tumeurs parovariques se rapprochent des parois de la matrice en se développant dans l'épaisseur des ligaments larges, sur le déplacement éventuel soit de l'S iliaque, soit du cœcum, qui la recouvre dans certains cas sur les parties latérales inférieures du ventre ; 2° sur la limpidité incolore, la fluidité, l'état salé du liquide, qui est dépourvu de paralbumine. »

Goodell (*The American J. of Obstet.*, janvier 1888) : « Il faut soupçonner la présence d'un kyste intra-ligamenteux : quand la matrice, augmentée de volume et déjetée latéralement, paraît si intimement unie à un kyste au point de simuler une tumeur fibro-kystique de l'utérus ; toutes les fois que le cathétérisme de la vessie montre que cet organe est allongé verticalement, quand la progression intra-pelvienne aplatit le rectum ou efface le cul-de-sac postérieur et, principalement, quand cet effacement se produit du fait de la compression exercée par les kystes secondaires ; lorsque la tumeur gêne l'acte de la défécation et de la miction, quand elle s'accompagne de douleurs intra-

pelviennes extrêmes ; enfin quand un kyste solidement fixé affecte une forme asymétrique et est plus développé d'un côté du bassin que de l'autre. »

Tillaux (*Annales de Gynécologie*, février 1893, p. 164-165). — Ce chirurgien, avant d'opérer la malade, donnait à ses assistants, les raisons qu'il avait de croire à la présence d'un kyste parovarique : « La poche parovarique n'est pas très pleine, et parfois elle est à la percussion comme un peu onduleuse et donne une sensation qui rappelle le frémissement du kyste hydatique. »

Signalons, en passant, que c'est en s'appuyant sur ce signe que M. Schwartz a pensé à un kyste du parovaire dans une observation publiée par M. Bouvier et que nous avons rapportée.

Et plus loin, parlant toujours de sa tumeur : « D'autre part, elle présente une particularité qui plaiderait encore plutôt en faveur d'un kyste du ligament large. Par le toucher vaginal, en effet, on constate une tumeur faisant saillie dans le vagin, non en arrière mais dans le cul-de-sac latéral droit, correspondant par conséquent à la base du ligament large de ce côté et, de plus, se continuant sûrement avec la tumeur abdominale. C'est en quelque sorte un prolongement intra-pelvien de cette tumeur. Or, si ce prolongement intra-pelvien est la règle dans le cas de kystes parovariques, il devient plus rare quand il s'agit de kystes ovariques proprement dits et ne se rencontre guère, que lorsqu'ils ont acquis un grand volume. »

L'intervention n'a pas d'ailleurs justifié les prévisions de Tillaux ; cela nous amène à citer un cas de Munde (*Amer. J. of Obst.*, avril 1883, p. 944). Ce chirurgien fit la même erreur de diagnostic sur la nature d'un kyste dont il fit l'ablation en février 1883, à l'hôpital du Mont Sinaï.

Il pensait à un kyste du parovaire, en s'appuyant sur le bon état général de la malade, et l'apparence physique de la tumeur.

Kleinwachter (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* 1899) écrit un article intéressant, dont le point de départ est le suivant : Le 31 mars 1899 il voit une femme âgée de 27 ans, mariée depuis huit ans et ayant eu deux enfants, le second depuis trois mois et demi ; bonne santé pendant la grossesse, accouchement spontané et normal d'un enfant à terme et vivant. Huit jours après l'accouchement, douleurs dans l'hypocondre gauche, surtout pendant la miction et la défécation, avec alternatives de constipation et de diarrhée. Peu à peu l'hypocondre grossit : les douleurs et la fièvre continuent et augmentent d'intensité. Etant donné le début en pleine période puerpérale et le cortège symptomatique grave qui accompagnait la tumeur révélée à l'examen, Kleinwachter pense d'abord à un abcès considérable enkysté et secondaire, à une infection post-partum. Il écrit cependant : « Le seul argument contre ce diagnostic était la fluctuation remarquable de toute la tumeur *qui refusait l'idée* d'un contenu formé de pus épais. La position de la tumeur immobilisée dans l'hypocondre gauche et ne dépassant pas la ligne médiane, sa forme cylindrique — forme de saucisson — plaident contre l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire. La fixation de la tumeur fait penser à sa nature intra-ligamentaire. »

Pozzi, dans son Traité de Gynécologie, donne comme un des éléments de diagnostic la possibilité de sentir par le toucher vaginal la trompe et l'ovaire rejetés sur le côté externe du kyste parovarique.

L'impression générale qui se dégage de cette lecture est que le diagnostic de kyste du parovaire doit être le plus souvent posé. Nous croyons pouvoir faire mainte-

nant une synthèse de ces divers éléments de diagnostic, rapportés par des maîtres autorisés, et les classer en deux groupes :

Dans le premier, nous énumèrerons les symptômes et les signes accompagnant le développement de la tumeur et pouvant faire préjuger de sa nature parovarique ; dans le second groupe, nous étudierons les divers symptômes que l'examen direct de la tumeur révèle et sur lesquels s'étayera définitivement le diagnostic de kyste du parovaire.

Les premiers signes sont fournis par l'interrogatoire, les seconds par l'examen.

A) *Premier groupe.* — 1° Le développement des kystes du parovaire est assez lent. Des exceptions assez nombreuses peuvent cependant être citées. Au cours de ce développement il n'est pas rare de constater des poussées d'augmentation de volume ;

2° L'état général de la femme reste bon et la menstruation n'est que peu ou pas troublée par l'évolution de la tumeur ;

3° Quand les douleurs existent, elles sont localisées dans le petit bassin et sont augmentées par la défécation et la miction : cette dernière peut devenir particulièrement douloureuse.

B) *Deuxième groupe.* — A l'examen de la femme on constate :

1° Inspection. — Le ventre est augmenté de volume, mais il l'est d'une certaine façon : il est asymétrique. Sa forme n'est pas régulièrement globuleuse ou arrondie. Un hypocondre est toujours plus développé que l'autre, et cela d'une manière très sensible. Peu ou pas de circulation collatérale.

2° Percussion et palpation. — Elles révèlent l'existence

d'une tumeur liquide dont le développement a rejeté l'intestin latéralement. On éprouvera le plus souvent la sensation dite de frémissement hydatique, dont on a voulu faire un signe caractéristique des kystes hydatiques, mais qui, en réalité, est obtenue toutes les fois que l'on percute un liquide contenu dans une poche mince et sous une faible tension. Ce signe a une réelle valeur puisque, rapporté par Tillaux, il a permis à Terrillon et Schwartz de poser un diagnostic ferme de kyste du parovaire. La lecture de presque toutes les observations le met bien en relief et nous permet de le considérer comme un élément presque certain de diagnostic.

3° Toucher. — Le toucher vaginal indique que le col est dévié en haut et latéralement et que l'utérus est rejeté en arrière. En outre, dans un des culs-de-sac ou dans les culs-de-sac suivant le volume du kyste on percevra une tumeur arrondie séparée du col par un sillon. Les annexes seront quelquefois perceptibles sur sa face externe. Cette tumeur sera dépressible, fluctuante, non douloureuse et l'on sentira le plus souvent que l'utérus, comme bloqué, suit les déplacements que l'on imprime à la tumeur avec l'autre main placée sur l'abdomen de la malade.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel des kystes du parovaire doit être fait avec presque toutes les tumeurs de l'abdomen. Dans un travail forcément limité, nous ne pouvons les passer toutes en revue; nous signalerons simplement celles avec lesquelles ils ont été le plus souvent confondus.

A. *Kystes de l'ovaire.* — Ils présentent les signes suivants : amaigrissement considérable, règles suspendues ou irrégulières, ascite, œdème des membres inférieurs, compression des veines de l'abdomen. Le ventre est saillant en forme de cône. Le kyste de l'ovaire est toujours pédiculé (ce qui est l'exception pour celui du parovaire); par suite, il est plus libre dans la cavité abdominale. De plus, la délimitation de ses limites inférieures est plus facile.

B. *Ascite.* — Aucune tumeur localisée. Presque toujours existent des signes d'affection rénale, hépatique ou cardiaque. La saillie formée est symétrique et bilatérale; de plus, les changements de position amènent un changement de forme. La paroi offre au palper plus de dureté et plus de résistance aux points où la distension est la plus forte. Par le toucher vaginal on trouve un utérus plus mobile et refoulé en bas. Les culs-de-sac va-

ginaux sont distendus par le liquide. La matité latérale et inférieure se déplace avec les changements de position de la malade. Circulation collatérale très développée sur la paroi abdominale.

C. *Grossesse extra-utérine.* — On a parfois de sérieuses difficultés de diagnostic que lèvera la perception par le toucher vaginal ou rectal, des parties dures du fœtus à l'intérieur de la tumeur. Quand cette grossesse extra-utérine se présente sous forme d'hématocèle périutérine, les signes en sont plus nets : soudaineté du développement, douleurs intenses du début survenant presque toujours à la période menstruelle, fièvre ; en outre, dans le cul-de-sac de Douglas tumeur dure élastique ou fluctuante occupant tous les culs-de sac, facilement accessible, tumeur qui refoule en haut l'utérus et le maintient derrière le pubis.

D. *Grossesse.* — Le ramollissement du col, la sensation de mollesse générale qu'éprouve le doigt en pénétrant dans le vagin, enfin la recherche des parties fœtales feront poser le diagnostic de grossesse à l'époque où il serait possible de la confondre avec un kyste du parovaire. On se basera encore sur la suppression des règles rarement influencée par cette tumeur.

E. — L'hydropisie enkystée du péritoine abdominal a parfois causé des erreurs de diagnostic. On la reconnaîtra à l'aspect du ventre moins volumineux et moins saillant, à sa fluctuation plus limitée et plus superficielle.

F. — Les tumeurs du rein, dont le développement a pu quelquefois simuler un kyste du parovaire, en seront distinguées par leurs rapports avec l'intestin. Les tumeurs parovariques refoulent l'intestin en arrière ou sur les côtés, les tumeurs du rein le refoulent en avant. Est-ce le

rein droit qui est affecté, le côlon descendant se trouve sur le bord interne de la tumeur. Est-ce le rein gauche, le côlon se trouve en avant de lui et le croisant de haut en bas. De plus les urines, rarement normales dans le cas de lésion du rein, contiennent de l'albumine, du pus ou des cellules épithéliales.

TRAITEMENT

Entre nos mains, l'étude du traitement des kystes du parovaire doit être surtout celle des diverses méthodes appliquées à la guérison des tumeurs de cette nature, depuis que les chirurgiens leur ont donné une individualité propre. Nous éliminons d'emblée le traitement médical qui s'est toujours adressé à l'état général de la malade et non à son kyste et d'ailleurs sans résultats bien appréciables, pour en arriver aux méthodes chirurgicales.

Elles sont au nombre de deux : la ponction, l'ablation.

A) La ponction a été le premier et longtemps le seul mode de traitement des kystes du parovaire. On faisait, soit la ponction simple, soit la ponction suivie d'injection iodée. Le premier de ces procédés, préconisé par Castaneda devait, à son dire, amener le plus souvent la guérison. Panas, en 1875, lut à l'Académie de Médecine un mémoire basé sur cinq observations et, constatant que la ponction suivie d'injection iodée avait amené la guérison, il s'efforça de faire adopter ce mode d'intervention. L'incontestable autorité de ce chirurgien fit loi pendant de longues années, mais des protestations s'élevèrent contre un pareil traitement. Dans le cas de M. Jeamel (séance de la Soc. de Ch. du 20 juillet 1885), on nota des phénomènes inflammatoires intenses et de graves accidents d'io-

disme ayant succédé à une injection de 560 gr. d'une solution iodée contenant 280 gr. de teinture d'iode.

Terrillon fut le premier à réagir en recherchant la proportion exacte de guérisons certaines attribuables à la ponction soit simple, soit suivie d'injection iodée. Il parvint à réunir un nombre considérable de récidives et, ajoutant huit cas personnels dans lesquels des ponctions successives ne paraissaient pas avoir amené une guérison définitive, il publia, dans les *Annales de Gynécologie*, en 1885, une note sur le traitement des kystes du parovaire. Après avoir conclu que dans les kystes de cette nature la guérison après la ponction est l'exception et la récidive la règle, il n'en écrit pas moins : « On doit toujours pratiquer la ponction quand on soupçonne un de ces kystes ; l'ablation complète ou incomplète s'impose ordinairement après la récidive. »

Lucas-Championnière fut un des premiers à encourager l'ablation. En 1882 il disait : « l'injection iodée est plus meurtrière que l'ovariotomie ». Il convient de citer le nom de Terrier à côté de Terrillon et de Lucas Championnière, comme promoteur de l'ablation.

Par contre (nous parlons toujours de cette période de 1875-1885), Lannelongue, Bouilly et Duplay abandonnent à regret la ponction et conseillent de la faire une ou deux fois avant de tenter l'ablation.

B) Cette période d'hésitation passée, tous les chirurgiens se montrent partisans résolus de l'ablation et la pratiquent soit en clientèle, soit dans leurs services hospitaliers. C'est aujourd'hui la seule méthode à laquelle il est bon de s'adresser dans le cas de kyste du parovaire.

Il ne nous appartient pas d'élargir par trop le cadre de notre modeste travail et, après avoir tracé à grands traits l'historique du traitement, d'écrire une page de manuel

opératoire. On se trouvera mieux de la lecture des ouvrages classiques et de celle des deux observations recueillies dans le service de M. le professeur Forgue, que nous rapportons. En quelques lignes, pour chaque intervention les divers temps opératoires y sont fort bien décrits. Etant donné le temps très court écoulé, dans les deux cas, entre l'opération et la sortie des malades après guérison complète, nous considérons volontiers ces observations comme le type de l'intervention et du manuel opératoire. Le lecteur, pensons-nous, nous saura gré d'éviter ainsi les redites et surtout de ne pas sortir de notre rôle.

CONCLUSIONS

1° Le terme de kyste du parovaire est un terme impropre quoique consacré par l'usage. Tout en le conservant on doit lui donner une plus grande extension et savoir qu'il désigne des tumeurs de la région ovarienne, indépendantes de l'ovaire et incluses dans le ligament large.

2° L'étiologie en est assez obscure : deux facteurs peuvent cependant être retenus : 1° inflammations antérieures des annexes ; 2° grossesse.

3° Le pronostic est relativement bénin à moins de complications telles que torsion du pédicule, rupture du kyste, transformation purulente de son contenu.

4° Le diagnostic se posera assez souvent grâce à quelques signes fournis par divers chirurgiens et que nous avons cherché à grouper systématiquement.

5° L'ablation est le seul traitement rationnel des kystes du parovaire et la ponction devra toujours rester dans l'oubli où elle est justement tombée.

Observation Première

Recueillie dans le service de M. Forgue
Publiée par MM. Abadie et Moitessier

Mme M. C..., ménagère, 73 ans, entre le 18 mars 1902 dans le service de M. le professeur Forgue pour une tumeur de l'abdomen.

Cette malade, qui jusqu'au début de l'affection actuelle a joui d'une santé parfaite, ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels rien qui mérite d'être noté.

Maladie actuelle. — Depuis 7 ans, cette dame s'aperçut que son ventre augmentait de volume, et cela sans cause apparente. Ce développement anormal, progressif, mais très lent, ne s'est accompagné d'aucune douleur.

En septembre 1901, à la suite d'une vive émotion, prétend la malade, le volume du ventre augmente plus rapidement et correspond à un surpoids de 7 kilogrammes en 2 mois environ.

A aucune époque, il n'y a eu de troubles fonctionnels : pas la moindre douleur, pas de difficultés de la miction ou de la défécation. Seuls, le volume et le poids de la tumeur sont, pour la malade, une cause de gêne assez grande ; elle marche cependant et vaque à ses occupations journalières.

Examen à l'entrée. — Agée mais bien conservée, la malade est en bon état général quoique très maigre et sèche.

Un phénomène domine tout le tableau clinique ; l'énorme développement du ventre. Dans le décubitus dorsal, soulevant les dernières côtes et élargissant le thorax, débordant les fausses côtes et s'étalant dans les flancs, l'abdomen amplifié recouvre en bas toute la symphyse pubienne et descend par-dessus elle jusqu'à 20 centimètres environ au-devant des cuisses. Malgré son volume, l'abdomen n'est point plat ; ce n'est point le « ventre de batracien », mais l'aspect général est celui d'un dôme au sommet duquel l'ombilic est entièrement aplati et qui présente quelques dilatations veineuses serpentines.

A la palpation, on sent une vaste tumeur liquide, où la fluctuation est très nette, et qui donne également cette sensation spéciale appelée par convention « frémissement hydatique ».

La matité existe sur toute la convexité du dôme et dans le flanc droit en entier ; seule est sonore une zone très restreinte du flanc gauche tangente à la colonne vertébrale.

Le toucher vaginal, l'examen du thorax, l'analyse des urines ne révèlent rien d'anormal.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération le 22 mars 1902 par M. le professeur Forgue, assisté de MM. Abadie et Blanchard. L'âge de la malade, l'état de sa circulation qui présente de nombreuses intermittences, bien que sans lésion orificielle du cœur, font redouter l'anesthésie générale et l'on pratique une injection de spartéine.

Dans un premier temps, ponction du kyste sur la ligne médiane ; le liquide, fluide incolore et transparent s'écoule avec une lenteur voulue, pour éviter toute rupture de compensation cardiaque.

On pratique alors, après analgésie cocaïnique, une in-

cision longitudinale médiane ; de nombreuses adhérences résistantes rattachent la paroi kystique au péritoine pariétal ; les manœuvres de libération, très douloureuses, obligent à faire prendre quelques inhalations d'éther à la malade.

Les adhérences rompues, le grand kyste vidé, auquel reste appendue une seconde poche encore pleine, est attiré au dehors. Il est très nettement pédiculé et appartient aux annexes gauches. Ligature et section du pédicule, dont la péritonisation est vite obtenue par deux points de catgut. Suture de la paroi abdominale en un seul plan, au crin de Florence.

Suites opératoires. – Des injections de sérum et de spartéïne sont nécessitées par l'état assez précaire de la circulation. Dans les jours suivants, la température oscille entre 36°8 et 37°5 ; deux fois une légère élévation atteignant 38° et 38°2, cède à un lavement purgatif.

La malade sort guérie le 15 avril 1902.

Examen de la pièce. – La pièce comprend deux parties : *a*) un kyste parovarique ; *b*) un kyste de l'ovaire.

a) Kyste parovarique. — Ce kyste, uniloculaire, à parois externe et interne lisses, présente à l'extérieur, plaquée, étirée contre lui, le ceinturant en partie, la trompe de Fallope au pavillon étalé ; au point de section de la trompe aboutit la section des deux feuilles du ligament large pédiculisé. La contenance de ce kyste est de 24 litres. Ce chiffre est obtenu, et par la mesure du liquide évacué, qui fut soigneusement conservé, et par l'épreuve du remplissage avec de l'eau sous moyenne tension.

b) Kyste de l'ovaire. — Au pôle inférieur de la poche précédente est appendue une seconde poche sessile, de paroi plus épaisse, nacrée ; sa cavité à paroi également lisse, contient un liquide jaunâtre et ne communique en

aucun point avec la poche précédemment étudiée. Le volume de ce kyste est de 1 lit. 650.

En somme, l'ensemble de ces deux kystes constituait une tumeur liquide de 25 lit. 650.

Examen chimique comparé des deux liquides. — Les deux liquides sont alcalins et non filants.

Le liquide du kyste parovarique est jaune pâle, limpide, de densité 1,0116. Par la chaleur, il ne donne pas de coagulum, même à la température de l'ébullition ; après légère acidification par l'acide acétique, il donne un fort trouble dès 50° et un coagulum à une température plus élevée.

Le liquide du kyste ovarique a une densité de 1,0211 et contient en suspension des cristaux de cholestérine (0 gr. 78 par litre), des leucocytes, des hématies et des corpuscules arrondis, jaunâtres, granuleux de 20 à 40 μ de diamètre.

La composition des deux liquides, rapportée au litre, est la suivante :

	Kyste ovarique	Kyste parovarique
Eau	958,5	987,3
Matières albuminoïdes. . .	14,5	7,88
Autres matières organiques .	11,3	7,57
Chlorures minéraux (en NaCl)	5,6	7 »
Autres sels minéraux . . .	1,2	1,85

Les deux liquides contiennent une albumine et une globuline.

Observation II

Recueillie dans le service de M. Forgue. Publiée par MM. Abadie et Moitessier

Mme A..., 25 ans, ménagère, entre le 20 février 1902 dans le service de M. le professeur Forgue, à l'Hôpital suburbain, pour une tumeur de l'abdomen.

Maladie actuelle. — Sans antécédents dignes d'intérêt, la malade raconte que, depuis deux ans, son ventre a commencé à augmenter de volume, et cette augmentation a été depuis lors progressive sans être accompagnée de phénomènes douloureux ni de troubles de compression pelvienne.

Depuis un mois, une diarrhée constante affaiblit beaucoup la malade, elle maigrit considérablement.

Etat actuel. — Au moment de son entrée, la jeune femme, d'état général peu brillant, très maigre, présente un ventre volumineux non globuleux, légèrement étalé vers les flancs, avec une ligne brune très marquée et de la circulation complémentaire.

La palpation donne la sensation d'une tumeur fluctuante, très superficielle, sous-jacente à une paroi abdominale très mince et qu'il est bien difficile de délimiter.

Par contre, à la percussion, matité très nette dans la région centrale avec sonorité dans le flanc gauche. Le toucher vaginal donne l'impression d'une tumeur non étroitement solidaire de l'utérus resté normal, mais dont les déplacements se transmettent cependant très atténués au col utérin.

Opération le 27 février 1902, par M. le professeur For-

gue, assisté de MM. Abadie et Blanchard. Anesthésie à l'éther, puis au chloroforme par M. Dublet. Incision médiane sous-ombilicale de la paroi très mince. On arrive immédiatement sur un kyste sans adhérences pariétales, à paroi nacrée très mince et qui, à son équateur, est transversalement ceinturée par une bride fibreuse étalée. Une ponction évacue un liquide clair comme de l'eau de roche. On peut vérifier alors qu'il s'agit d'un kyste parovarique droit, ceint par la trompe droite. Ce kyste semble être légèrement tordu au niveau de son pédicule. Au-dessous de lui existe une autre poche kystique du volume et de la forme d'un rein ; c'est l'ovaire kystique. Ligature du pédicule total par un seul fil. Péritonisation. L'ovaire gauche légèrement kystique est enlevé et le pédicule est péritonisé par un surjet en bourse.

Trois semaines plus tard, après des suites opératoires normales sans élévation thermique et avec une amélioration marquée de l'état général, la malade sort guérie.

Examen des pièces. — On trouve :

a) L'ovaire gauche avec plusieurs formations kystiques, dépourvu de grand intérêt.

b) L'ensemble du kyste ovarique et du kyste parovarique droits.

a) Le kyste parovarique : Sa paroi, très mince, transparente, est délicatement vascularisée par de nombreux vaisseaux très déliés qui forment à sa surface un réseau abondant. Sur 15 centimètres, le cordon étalé de la trompe s'étend circonférentiellement. Son pavillon est aplati sur la face droite de la tumeur ; vers le bord gauche se trouve la section de la trompe incluse dans celle du pédicule formé par l'endossement des deux feuillets péritonéaux. Contenance : trois litres.

b) L'ovaire du même côté, ovaire droit, n'est que par-

tiellement atteint de transformation kystique ; il existe une partie saine appendue par un pédicule large au kyste parovarique, et c'est au pôle inférieur de l'ovaire qu'une poche s'est développée, du volume d'un œuf, à paroi nacrée peu épaisse, contenant 27 centimètres cubes de liquide.

Examen chimique comparé des deux liquides. — Les liquides des deux kystes ont une réaction alcaline, ne sont pas filants et ne précipitent pas par l'acide acétique à froid. La densité est de 1,0228 pour le kyste ovarique et de 1,0079 pour le kyste parovarique.

Le liquide du kyste parovarique ne contient que des traces de matières albuminoïdes ; même en opérant sur 200 centimètres cubes de liquide et en chauffant avec du sulfate de soude et de l'acide acétique, on n'a obtenu qu'un trouble peu abondant, qui ne s'est pas déposé.

Voici la composition des deux liquides rapportée au litre :

	Kyste ovarique	Kyste parovarique
Eau.	955,10	997,51
Matières albuminoïdes. . . .	53,30	traces
Autres matières organiques.	5,30	1,58
Chlorures minéraux (en NaCl).	5,50	7,64
Autres sels minéraux. . . .	3,30	1,14

Comme matières albuminoïdes, on a pu caractériser dans le liquide du kyste ovarique de la sérum-albumine, de la sérum-globuline, et du fibrinogène en très petite quantité, mais pas de métalbumine.

Observation III

(*Annales de gynécologie*, année 1901, Dr Mauclaire de Paris)
Kyste parovarien intraligamentaire à contenu purulent et aseptique

G... N..., âgée de 26 ans, entre le 1er juin 1901 dans le service de M. Picqué, à l'hôpital Bichat. Cette femme a eu son deuxième enfant il y a 19 mois, sans complications. Il y a trois mois survinrent des douleurs pelviennes surtout marquées à droite. Depuis deux mois les règles sont supprimées et la malade se croit de nouveau enceinte. Il y a trois semaines apparaissent des crises de douleurs pelviennes très vives au point de supprimer le sommeil et accompagnées de diarrhée. Nouvelles crises il y a deux jours, accompagnées de fièvre 39°8.

A l'examen local, on trouve l'abdomen un peu distendu, sensible à la palpation, surtout à droite. Au toucher vaginal l'utérus est repoussé un peu à gauche par une masse latéro-postérieure douloureuse au toucher.

Etant donnés les antécédents sus indiqués, nous pensons volontiers à une hématocèle rétro-utérine. Laparatomie le 25 juin avec l'aide de M. Menet, interne de service. On tombe sur une masse englobée dans le ligament large droit. Cette masse, du volume de deux poings d'adulte réunis, est un kyste intra-ligamentaire. L'énucléation fut facile. Nous sommes étonné, en faisant ouvrir la poche par un assistant, de trouver du pus verdâtre comme de la purée de pois. Par mesure de précaution nous mettons un drainage à la Mickulitz.

Il n'y avait aucune adhérence intestinale, appendiculaire ou autre. La trompe droite paraissait saine. Dès le

lendemain, la température tomba et les suites de l'opération furent normales. Disons enfin que la malade était tout d'abord dans un service de médecine avec le diagnostic d'appendicite.

Examen de la pièce. — Les parois de la poche sont régulières et peu épaisses, pas de traces de tissus ou de débris d'organes pouvant faire croire microscopiquement à un kyste dermoïde. Le liquide n'était pas huileux et ne contenait pas de matière sébacée; pas d'examen histologique.

Au point de vue bactériologique, voici l'examen qui nous a été donné par M. Royer, externe du service : Pas de microbes (streptocoques, staphylocoques, bacilles de Koch) après examen direct sur lamelles. Nombreux globules de pus. Deux cultures sur gélose et sur bouillon ont donné un résultat négatif. Malgré l'absence d'inoculation aux animaux, ces quelques recherches nous font croire à l'asepsie du pus contenu dans le kyste, ou, tout au moins, à l'absence de microbes aérobies.

Observation IV

Revue mensuelle de gynécologie obstétrique et paediatrie de Bordeaux
Janvier 1902.
Observation du docteur Bouvier, interne des hôpitaux
Kyste hyalin du parovaire biloculaire à contenu albumineux avec torsion du pédicule.

Mme L. L..., âgée de 27 ans, domiciliée à Buzet, ménagère, entre le 21 novembre 1901 à l'hôpital Tastet-Girard, service de M. le professeur Demons.

Aucune maladie antérieure ; règles à 15 ans régulières, sans accident d'aucune sorte. Deux enfants, le premier il

y a 11 ans, le deuxième il y a 8 ans. Les couches et les suites de couches ont été normales. Jamais de pertes blanches. La malade est bien réglée.

Depuis sa dernière grossesse, elle souffre dans le « flanc droit » avec irradiations fréquentes dans la région lombaire, rares dans la cuisse droite. Ces douleurs sont exagérées par la période menstruelle ; par intervalles elles deviennent très violentes, aiguës, ce sont des « coliques atroces ». Il y a trois mois, la malade a eu une de ces crises douloureuses particulièrement pénible. Ces douleurs ne s'accompagnent jamais de vomissements ni de ballonnement du ventre. C'est également depuis sa dernière grossesse que la malade a vu apparaître chez elle une constipation de plus en plus opiniâtre ; actuellement, elle va à la garde-robe une fois par semaine et, chaque fois, à l'aide de lavements et de laxatifs. C'est, il y a deux ans seulement, que la malade s'aperçut de l'augmentation du volume de son abdomen. On crut à une grossesse ; jusqu'alors les douleurs avaient été prises pour des coliques néphrétiques.

Jusqu'au 21 novembre 1901, date de l'arrivée de la malade à l'hôpital Tastet, son ventre a augmenté progressivement de volume.

Jamais elle n'a présenté de troubles urinaires, jamais elle n'a eu d'enflure des jambes. Au moment de l'entrée, l'état général est tout à fait satisfaisant, le facies est bon, l'appétit et le sommeil sont parfaits. Il n'existe pas de douleurs spontanées dans l'abdomen, mais la constipation persiste. Pas de fièvre. A l'inspection, on voit un ventre augmenté de volume depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis. L'abdomen fait saillie en avant, les flancs ne sont pas étalés, l'abdomen est à peine déplissé.

Le palper permet de constater une tumeur abdominale

remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic s'élevant plus haut dans l'hypocondre droit. Cette tumeur lisse, de consistance ferme, à contours réguliers, présente une fluctuation très nette. Elle est très peu mobile dans le sens transversal, nullement dans le sens vertical.

La percussion révèle une matité absolue au-devant de la tumeur. L'abdomen ne présente de sonorité que dans l'épigastre et au niveau des hypocondres. Pas d'ascite. Par le toucher on trouve un col porté en haut et à droite, le corps de l'utérus est basculé à gauche. Dans le cul-de-sac droit on trouve une masse fluctuante et légèrement douloureuse, les annexes gauches ne se perçoivent pas. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale se transmettent mal au col.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Rien dans les urines. Le diagnostic est kyste de l'ovaire à pédicule probablement tordu.

Laparatomie le 23 novembre 1901. — On trouve un kyste sans adhérence à couleur blanchâtre, tapissé par un feuillet séreux qu'il est aisé de faire glisser au-devant de la tumeur. C'est un feuillet du ligament large. Le kyste est inclus. Malgré cette inclusion, M. le professeur Demons ne croit pas utile de pratiquer la décortication, car la tumeur est pédiculée. La ponction pratiquée avec le gros trocart de M. Demons, donne issue à 3 lit. 300 de liquide clair, limpide, présentant l'apparence de liquide de kyste du parovaire. On constate alors qu'il existe une seconde poche un peu moins volumineuse que la précédente. M. Demons ne juge pas utile de ponctionner cette seconde poche, car la tumeur se laisse aisément attirer hors de l'abdomen. Une ligature va être mise sur le pédicule ; on voit alors que ce dernier, long de 8 centimètres,

inséré sur la corne droite de l'utérus et la partie supérieure de son bord latéral droit, et large de 2 centimètres, présente trois tours de torsion. Ce pédicule contient la trompe et les vaisseaux utéro-ovariens droits. Il est sectionné entre deux pinces, puis lié au moyen d'une ligature en chaîne.

L'ovaire et le ligament large du côté gauche ne présentent rien d'anormal. Suture de la paroi, surjet au catgut pour le péritoine. Surjet au catgut pour le plan musculo-aponévrotique. La peau est réunie au crin de Florence. Pas de drain.

Les suites furent très simples.

Ablation des fils le 2 décembre.

Le 9 décembre la malade se lève.

Le 17 elle quitte l'hôpital, guérie.

Observation V

Kyste parovarien et extra-péritonéal très développé.
(*Americ. Journ. of o'st.*, 1896, vol. XXXIV, p. 705)
Cazenave. *Revue de Gyn.*, 1897, p. 56

La malade est âgée de 22 ans. La tumeur s'est développée rapidement et s'étend jusqu'à l'appendice xiphoïde. La percussion de l'abdomen donne une matité absolue avec disparition de la sonorité gastrique et intestinale. Après avoir sectionné les différents plans, on arrive au fascia sous-péritonéal dont les fibres sont prises pour des adhérences. Par décortication on enlève facilement la tumeur qui est énorme ; il est très intéressant de remarquer que l'opérateur a pu faire cette énucléation sans être obligé

de lier un seul vaisseau sanguin. Après l'ablation de la tumeur, on s'aperçoit qu'on n'avait pas pénétré dans la cavité péritonéale. Ce kyste s'étendait de la vessie à l'épigastre et semblait avoir pris naissance dans le ligament large droit. L'auteur pense qu'il s'agissait là d'un kyste wolfien, remarquable par son volume et sa situation extra-péritonéale, qui a permis de l'enlever sans pénétrer dans la séreuse. Il insiste enfin sur l'absence de l'hémorragie et de tout pédicule vasculaire.

Observation VI

Kyste parovarien volumineux chez une vierge de quinze ans. — Torsion du pédicule. — Laparatomie et ablation. — Guérison.
(*Annales de Obstetricia.* Janvier 1896)
Résumé dans la *Gynécologie*. 1896, p. 177

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, santé et hérédité excellentes. Il y a un an, elle a commencé à s'apercevoir que son ventre grossissait. Troubles menstruels pendant cette année qui vient de s'écouler. Et finalement, au moment où notre confrère est appelé, il y a deux mois que les règles n'ont pas reparu. Dans tout cela les autres organes ont conservé leurs fonctions normales. Mais le ventre s'est développé, de même les seins durs et tendus. Bref, l'aspect d'une grossesse à terme. Cette hypothèse est immédiatement écartée dès le premier examen, et la virginité constatée.

Après des difficultés de diagnostic que l'auteur de l'observation explique soigneusement et sur lesquelles nous passons, M. Cortiguera se décide à une laparatomie, faisant à part soi cette réserve que, si au lieu du vaste

kyste qu'il prévoit il tombe sur une péritonite tuberculeuse ou enkystée, l'opération n'en sera pas moins utile à la malade.

Opération deux jours après l'examen : kyste énorme, deux fois tordu sur son pédicule, contenant 12 litres de liquides. Dès le lendemain menstrues. Constipation au lit. En enlevant le pansement, on trouve le ventre extrêmement creux par flaccidité de la peau.

Levée au vingtième jour. Par suite, le ventre a repris une forme normale.

Observation VII

Kystes multiples et bilatéraux de l'organe de Rosenmüller
Par M. Chevrier, interne des hôpitaux. *Bullet. de la Soc. Anat. de Paris*
Février 1902.

La malade ne présente rien qui mérite d'être signalé dans ses antécédents héréditaires et personnels; « elle est âgée de 20 ans et vierge ».

Elle entre à l'hôpital parce que, depuis un an, sans douleur, sans trouble de la menstruation, son ventre augmente de volume. C'est la nécessité de modifier ses vêtements qui l'a fait s'en apercevoir. A l'inspection, on constate que le ventre, augmenté de volume, proémine en avant et n'est pas étalé. Sa forme n'est pas tout à fait régulière. Il existe une sorte de petit méplat sous-ombilical, et la moitié gauche semble, à jour frisant, un peu plus saillante que la moitié droite.

A la palpation, on reconnaît que la tumeur abdominale que l'on délimite mal, est fluctuante mais d'une fluctua-

tion molle, sans tension ; c'est ce défaut de tension qui empêche de limiter la tumeur.

La percussion révèle une matité uniforme dans toute la portion sous-ombilicale du ventre. Cette matité présente une convexité supérieure. Il existe de la sonorité dans le flanc gauche. Les résultats de la percussion ne varient pas avec la position de la malade.

Le toucher rectal — le toucher vaginal ne pouvant pas être pratiqué — révèle la présence d'une tumeur molle, remplissant le petit bassin et très nettement fluctuante. L'examen de tous les autres appareils est négatif. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'ovaire et M. Schwartz, à cause de l'âge de la malade et surtout de l'absence de tension de la poche, pense à un kyste parovarien. Le kyste, à cause de la sonorité du flanc gauche et malgré le bombement plus accentué de ce côté est localisé à droite.

Opération le 15 février. — Après laparatomie on se trouve en présence d'une tumeur liquide. A la ponction, il s'en écoule un liquide transparent comme de l'eau de roche : le diagnostic de kyste parovarien semble confirmé. Mais bientôt le trocart cesse de donner issue à du liquide, et cependant le ventre ne s'affaisse pas.

Tirant sur le premier kyste dont on a fermé l'orifice avec une pince, on en amène un deuxième qu'on ponctionne.

Ces deux poches donnent environ sept litres d'un même liquide transparent. Le ventre s'affaisse alors et on peut pratiquer l'extirpation des deux parois kystiques qui ont dédoublé le ligament large droit. Après suture au catgut des deux feuillets du ligament large dédoublé, on songe à explorer le reste de l'abdomen, bien que celui-ci soit complètement aplati. On y songe d'autant plus volon-

tiers qu'un fait de l'observation reste inexpliqué : la saillie un peu plus accentuée de la moitié gauche du ventre.

L'exploration du côté gauche permet de trouver, hors du petit bassin, au-dessus de la fosse iliaque, un kyste très mobile soulevant le bord supérieur du ligament large.

La très facile pédiculisation de ce kyste permet de laisser à la malade son ovaire gauche. La trompe étalée sur le kyste est enlevée avec lui.

Nous passons à l'examen des pièces au point de vue microscopique. L'examen microscopique de la paroi du kyste la plus épaisse a été fait par M. le professeur Cornil. Il a trouvé la paroi interne kystique tapissée par un épithélium cylindrique assez bas, sans cils vibratiles. Nulle part de dégénérescence muqueuse de cellules épithéliales comme dans les kystes de l'ovaire. Il s'agit donc d'un kyste assez récent de l'organe de Rosenmüller, les très vieux kystes parovariens présentant souvent une disparition totale de leur épithélium.

Observation VIII

Bulletin de la Société anatomique, juin 1902

Kyste parovarien droit à pédicule tordu, par M. Mouchotte, int. des H.

Le kyste parovarique droit à pédicule tordu que nous présentons a été enlevé par notre maître J.-L. Faure. La malade a quitté l'hôpital complètement guérie.

Voici son observation :

P... J..., domestique. Mère morte tuberculeuse. Père mort d'un cancer à la lèvre. Quatre frères et sœurs bien portants.

Convulsions à 18 mois. Règles à 15 ans. Les règles ont toujours été régulières, non douloureuses, durant trois jours.

A 17 ans, P... J..., au quatrième mois d'une grossesse, fait une fausse couche. Les suites furent physiologiques. Pas d'autre grossesse. Trois mois après la fausse couche apparaissent des pertes blanches, mais celles-ci ne se manifestent que deux ou trois jours avant les règles.

En octobre 1900, P... J... ressent des douleurs dans tout le bas-ventre. Les douleurs n'ont pas de prédominance dans un côté ; elles sont légères et n'empêchent pas le travail ; elles ne sont pas accompagnées de pertes ni blanches ni rouges, pas plus que de constipation ni de vomissements. Elles durent trois ou quatre jours chaque fois et se reproduisent tous les quinze jours, d'octobre 1900 à février 1901 ; leur apparition est sans rapport avec celle des règles.

En février 1901, P... J... a d'abondantes pertes jaunes épaisses, la fin de la miction est cuisante, les urines sont troubles, il y a des douleurs fortes, lancinantes, sans irradiation dans les aînes. P... J... se repose, prend des tisanes de queue de cerise et de chiendent, pas d'injections. En 15 jours les phénomènes douloureux disparaissent ; bientôt les pertes cessent.

Au début de mars 1901, deux ou trois jours avant les règles, P... J... en s'habillant constate qu'elle a une grosseur dans le côté droit du ventre. Cette grosseur, qu'elle évalue au volume d'un œuf de poule, ne détermine aucune douleur ; elle est seulement sensible à la pression, elle siège à égale distance de l'arcade de Fallope et de l'ombilic.

Les règles qui suivirent cette constatation furent pour

la première fois moins abondantes qu'à l'ordinaire, plus pâles, roses et durèrent seulement un jour et une nuit.

Jusqu'en juin 1901, les règles demeurèrent diminuées d'intensité et de durée. La grosseur augmenta peu à peu sans douleur.

En juin 1901, brusquement, en une nuit, le pied gauche enflé devient sensible, P... J... doit quitter son travail et se reposer trois mois. La douleur et le gonflement s'accusent par la marche. Au bout de trois mois, elle peut reprendre ses occupations. Mais, en janvier 1902, les deux pieds se tuméfient, les malléoles sont douloureuses à leur partie interne. Pas de varices, pas d'œdème des jambes. P... J... doit quitter de nouveau son travail et se reposer tout le mois de février.

Depuis le mois de juin 1901, la tumeur a augmenté progressivement de volume, lentement il est vrai ; elle devient plus sensible à la palpation 3 ou 4 jours avant chaque période menstruelle. A ce moment, son volume s'accroît encore pour diminuer un peu 8 jours après la fin des règles.

Les pieds désenflés en fin février, s'œdématient de nouveau en mars lorsque la femme reprend ses occupations. En avril, au moment des règles, la tuméfaction augmente cette fois beaucoup plus que de coutume. La malade se décide à consulter un médecin qui déclare une intervention nécessaire.

La malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, remplacé par M. Faure, le 23 avril 1902.

A l'examen, on constate que le ventre est asymétrique ; à droite et au-dessous de l'ombilic, la paroi présente une légère voussure. La palpation révèle à ce niveau une tumeur arrondie supérieurement dont la paroi inférieure

ne peut être limitée, molle, fluctuante, sensible à la palpation, mate à la percussion.

Le toucher montre que l'utérus est dévié à gauche et en avant. Le col est appliqué contre la symphise. Les culs-de-sac postérieur et droit sont occupés par une masse arrondie, fluctuante, souple, seulement sensible, en connexion étroite avec l'utérus immobile. Cette masse au toucher et au palper combinés, semble être la continuation de la saillie abdominale. Du reste doigts vaginaux et main abdominale se renvoient le flot liquide. On porte le diagnostic de kyste du ligament large.

Rétrécissement mitral.

L'opération, faite le 6 mai par M. Faure, montre que l'on avait affaire à un kyste parovarique droit à pédicule tordu. Les suites de l'opération furent normales et la malade sortit complètement guérie 20 jours après.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 9 avril 1904

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

A. SABATIER.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 9 avril 1904

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !